



## BALÓN INTRAGÁSTRICO – CONSENTIMIENTO INFORMADO

La obesidad se define como una cantidad excesiva de grasa corporal provocada generalmente por la ingesta aumentada de alimentos con alto contenido calórico energético y la disminución de la pérdida energética, habitualmente provocada por el sedentarismo. El índice de masa corporal (IMC) se correlaciona correctamente con la masa de tejido adiposo por lo que constituye un valor aceptable para estimar la grasa corporal.

El IMC está representado por la relación entre el peso y la altura ( $\text{kg/m}^2$ ). La Organización Mundial de Salud (OMS) utiliza el IMC para definir sobrepeso y obesidad (ver tabla 1)

Clasificación de peso según índice de masa corporal (OMS)	
	Índice de masa corporal
Bajo peso	$\leq 18.5$
Peso normal	$\geq 18.5 - 24.9$
Sobre peso	25 – 29.9
Obesidad I	30 – 34.9
Obesidad II	35 – 39.9
Obesidad III	40 – 49.9
Super obeso	$\geq 50$

El sobre peso y la obesidad están asociados a un número de problemas serios de salud, así como la diabetes, la hipertensión arterial, trastornos cardiovasculares, problemas osteoarticulares, etc. Algunos tumores malignos también se han asociado con la obesidad, como por ejemplo el cáncer de colon.

El balón intragástrico se ha convertido en una alternativa válida en el manejo del sobrepeso y la obesidad.

El balón intragástrico es un elemento de silicona que se infla con solución fisiológica dentro del estómago provocando sensación de saciedad, con la consiguiente pérdida de peso por disminución de la ingesta de alimentos. Este dispositivo, que adopta en el estómago forma de balón, se coloca con asistencia endoscópica, bajo sedación asistida por anestesista, y se retira, de acuerdo al modelo entre los 6 meses y el año, como así también podrá ser extraído antes, o incluso podrá, mediante la endoscopia, reducir o aumentar su tamaño quitándole o agregándole volumen respectivamente de acuerdo a los requerimientos médicos durante su seguimiento, por lo cual constituye una alternativa reversible para el manejo de la obesidad.

Se estima que el paciente perderá en el lapso de 6 a 12 meses el 10 al 12 % de su peso, siempre acompañado de un régimen alimentario y de actividad física, sin lo cual los objetivos no pueden cumplirse.

El buen resultado de esta técnica depende fundamentalmente del seguimiento personalizado, el compromiso del paciente, y la adopción de nuevos estilos de vida, alimentación sana y actividad física.

El aprendizaje de estos cambios en el lapso de tiempo por el cual el balón permanece en el estómago y el estímulo que tenga el paciente para mantener dichos cambios tras su extracción, son el secreto de su éxito.



### Indicaciones para la colocación del balón intragástrico

- Uso temporario prequirúrgico para pérdida de peso en pacientes severamente obesos (BMI 40 y superior o BMI de 35 con enfermedades asociadas) antes de efectuarse una intervención quirúrgica para corregir la obesidad o de otro tipo, para reducir el riesgo de la operación.
- Uso temporario para pérdida de peso en pacientes obesos (BMI 30-39) que corren riesgos significativos de salud relacionados con su obesidad y que no han logrado perder peso o mantener la pérdida de peso con un programa supervisado para el control del peso. El **balón intragástrico** debe usarse en conjunción con



una dieta supervisada a largo plazo y programa de modificación del comportamiento destinado a incrementar la posibilidad del mantenimiento de la pérdida peso a largo plazo.

- Uso temporario para pérdida de peso en pacientes severamente obesos (BMI 40 o BMI 35 con enfermedades asociadas) que no sean candidatos para cirugía de obesidad, en conjunción con una dieta supervisada a largo plazo y programa de modificación del comportamiento destinado a incrementar la posibilidad del mantenimiento de la pérdida peso a largo plazo.

### **Contraindicaciones para el uso del balón intragástrico**

- Cualquier enfermedad inflamatoria del tracto gastrointestinal, incluidas la esofagitis, ulceración gástrica, ulceración duodenal, cáncer o inflamaciones específicas, como la enfermedad de Crohn.
- Condiciones de posibles hemorragias gastrointestinales superiores como várices esofágicas o gástricas, telangiectasia intestinal adquirida o congénita u otras anomalías congénitas del tracto gastrointestinal, como atresias o estenosis.
- Una hernia de hiato importante.
- Una anomalía estructural en el esófago o en la faringe, como un estrechamiento o divertículo.
- Cualquier otra condición médica que pueda aumentar el riesgo de endoscopia electiva.
- Trastornos psiquiátricos.
- Cirugía gástrica o intestinal previa.
- Alcoholismo o drogadicción.
- Pacientes reacios a participar en una dieta establecida bajo supervisión médica y en un programa de modificación del
- comportamiento, con un mínimo de una reunión cada dos semanas.
- Pacientes tratados con aspirina, agentes antiinflamatorios, anticoagulantes u otros productos que irriten el estómago.
- Pacientes embarazadas o amamantando

### **Alternativas**

Las alternativas a este tratamiento son la cirugía bariátrica o bien la dieta hipocalórica.

### **Preparación**

Para la realización de esta técnica es preciso que acuda en ayunas, de al menos 12 horas, para una correcta visualización de la mucosa esófago gástrica, y para evitar el riesgo de aspiración bronquial.

Debe avisar al médico si es alérgico a algo, y en caso de usar antiagregantes (aspirina®, Adiro®, Disgren®, Tiklid®, Plavix®) o antiinflamatorios (Voltarén®) o anticoagulantes, (Sintrom®), los deberá haber suspendido según las indicaciones del facultativo.

### **Riesgos y complicaciones**

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda endoscopia digestiva como los derivados de la sedación. Poco graves pero frecuentes: molestias y erosiones en boca y faringe por el paso del endoscopio y el balón, dolor de estómago, reflujo de ácido, náuseas y vómitos.

Poco frecuentes pero graves: úlcera gástrica (1,5%), erosiones gástricas (0,3%), vaciamiento del balón (2,4%).

Hay algún caso descrito de migración del balón y obstrucción intestinal. También son posibles las fistulas y las infecciones peritoneales, si se produjera una perforación de estómago, aunque es una eventualidad muy improbable.



## Consentimiento de BALON INTRAGÁSTRICO

Yo, \_\_\_\_\_,  
DNI \_\_\_\_\_, autorizo al Dr. \_\_\_\_\_, a que en mí se realice  
LA COLOCACIÓN DE UN **BALÓN INTRAGÁSTRICO**.

El Dr. \_\_\_\_\_ me ha entregado  
la información escrita y que explica la naturaleza y propósito del procedimiento, en términos que yo he  
comprendido perfectamente.

En la información escrita que recibí, se me han explicado los riesgos predominantes de este  
procedimiento. Me encuentro satisfecho con las explicaciones proporcionadas y las he comprendido.

También reconozco, ya que me lo han explicado por escrito, que durante el transcurso del procedimiento  
de **COLOCACIÓN DE BALÓN INTRAGÁSTRICO**, ciertas condiciones imprevistas de mi organismo pueden exigir un  
cambio de conducta o procedimientos adicionales.

Por lo tanto, autorizo al Dr. \_\_\_\_\_, sus  
colaboradores o ayudantes médicos, que realicen los procedimientos que resulten convenientes para el beneficio  
de mi salud. Incluso permito, si fuera necesario, administrarme anestesia, que será efectuada por un médico  
anestesiólogo, para hacerlo más confortable para mi organismo y evitar dolores y molestias durante el acto médico,  
pudiéndose realizar interconsultas con algunos otros profesionales que el médico actuante considere necesario.

He comprendido perfectamente que esta autorización abarcará las medidas que se tomen para subsanar  
situaciones que no sean conocidas por el  
Dr. \_\_\_\_\_ al comenzar el procedimiento.

Declaro que no se me han garantizado los resultados que puedan obtenerse y consiento que se fotografíe  
o grabe el procedimiento que ha de realizarse, incluso partes pertinentes de mi cuerpo, para fines médicos, de  
investigación científica o educativa, siempre y cuando no se revele mi identidad a través de las imágenes ni de los  
textos descriptivos que las acompañan.

Entonces, habiendo recibido toda la información relativa al procedimiento médico que me realizará, y  
entendiendo completamente las explicaciones escritas que me fueron dadas, dejando constancia de que pude  
hacer preguntas y de que me fueron contestadas, doy mi consentimiento para que se me realice el/los estudio/s.

En el momento, me entregan una copia de lo que firmé, para mi control y consulta.

**Firma Médico Tratante** \_\_\_\_\_

**Aclaración** \_\_\_\_\_ **DNI** \_\_\_\_\_

**Firma de Paciente** \_\_\_\_\_

**Aclaración** \_\_\_\_\_ **DNI** \_\_\_\_\_

En caso de incapacidad o minoría de edad del paciente

**Firma Persona responsable o tutor** \_\_\_\_\_

**Aclaración** \_\_\_\_\_ **DNI** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_